



INFORMACIÓN DEL CLIENTE DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
ASOCIADAS AL TRÁMITE, PARA PERSONA NATURAL - SALUD OCTUBRE 2023

0. Fecha de diligenciamiento

Día

Mes

Año

1. Número de Trámite

DATOS BÁSICOS DEL TOMADOR PERSONA NATURAL

2. Nombre completo

3. Tipo de identificación C.C. ☐ NIT ☐ C.E. ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

4. Número de identificación

5. Fecha de expedición

Día

Mes

Año

6. Producto o seguro a adquirir

REGISTRO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN

En la fecha he impartido una información al intermediario de seguros que ha sido registrada en los canales electrónicos de venta, habilitados por AXA COLPATRIA, la cual he revisado antes de su envío al repositorio de información de la compañía. Dicha información ha sido recolectada bajo el número de trámite consignado en la parte superior derecha de este documento.

ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo el envío de la póliza de seguros o contratos de MPP, según corresponda así como de cualquier otra información relacionada con ella al correo electrónico

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Autorizo a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., (en adelante AXA COLPATRIA) para investigar los antecedentes médicos míos y de los demás solicitantes aquí registrados; a solicitar el suministro de la historia clínica a los médicos e instituciones que la posea y a recibirla. De ser aprobada la solicitud, la misma hará parte integral del contrato que con ella se expide. Este documento hace parte de la solicitud de una Póliza de Salud/Contrato de Medicina Prepagada y no conlleva al otorgamiento de amparo alguno por parte de la compañía, ni la obligación para ella otorgarlo, de ser aprobada la solicitud, la misma hará parte integral del contrato que con ella se expide. La solicitud será aprobada y se dará inicio a la vigencia de la póliza de salud/contrato de Medicina Prepagada en el momento que el asegurado supere todas las condiciones de afiliación y le sea emitida la carta de bienvenida a AXA COLPATRIA. En mi calidad de solicitante de la póliza de salud/Contrato de Medicina Prepagada, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales del contrato. Manifiesto, que me han sido explicadas por la compañía y/o por el Asesor Comercial las exclusiones, el alcance o contenido de las coberturas, los periodos de carencia, las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de salud/contrato de Medicina Prepagada. 2. Reconozco que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia, en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN Y DESTINO DE RECURSOS, Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____, identificado con _____ No. _____ de _____, (o como aparezco identificado al pie de mi firma) ante AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., o AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de: _____. 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 5. En mi calidad de solicitante del seguro o servicio aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza o contrato. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la compañía y /o por el intermediario las exclusiones y el alcance o contenido de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros o contrato correspondiente.

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., Finanseguero S.A.S; o Nixus Capital Humano S.A.S., (en adelante LAS COMPAÑÍAS las cuales hacen parte del Grupo AXA en Colombia) serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, al suministrar mis datos personales a través de cualquier formato físico o electrónico puesto a mi disposición por LAS COMPAÑÍAS AUTORIZO DE MANERA LIBRE, PREVIA, EXPRESA E INFORMADA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios de seguros o salud propio de cada compañía requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer al cliente/afiliado/usuario, según el caso con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios de seguros o salud que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de cobranza, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros; vi) Realizar consulta de información relacionada con los aportes a la seguridad social, vii) Realizar transmisión y/o transferencia nacional e internacional en caso de ser necesario, con el fin de poder prestar los servicios de carácter técnico, operativo, humano y tecnológico requeridos y/o solventar las solicitudes del cliente así como las expuestas en la Política de Tratamiento de Datos de LAS COMPAÑÍAS; viii) realizar actividades de marketing, mercadeo, publicidad, prospección y retención comercial relacionados con los productos y/o servicios de LAS COMPAÑÍAS. De otro lado entiendo que para el suministro de los servicios de seguro o de salud puede ser necesario el suministro de datos sensibles relacionados con el estado de salud pasado, presente o futuro, y que por lo tanto no estoy obligado a autorizar su tratamiento, no obstante al suministrarlos autorizo de manera expresa el tratamiento de los mismos. Igualmente en caso de suministrar información necesaria para la prestación de los servicios de seguros o de salud a un niño, niña o adolescente, en respuesta y respeto a su interés superior y a sus derechos fundamentales, y entendiendo que este suministro no es obligatorio, al suministrar dicha información autorizo el tratamiento de sus datos personales, como representante legal del menor, quien entiende las finalidades para las cuales serán tratados sus datos, según su grado de madurez y autonomía. Declaro que he informado a los beneficiarios y terceros relacionados en el presente formulario, que sus datos personales serán tratados por las COMPAÑÍAS para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra el producto contratado. Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web www.axacolpatria.co, y los establecidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de LAS COMPAÑÍAS, la cual se encuentra publicada en www.axacolpatria.co.

Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

AUTORIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

Autorizo a AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., FINANSEGUERO S.A.S; o NIXUS CAPITAL HUMANO S.A.S., para ser contactado para gestión de cobranza realizada por contacto directo o por un tercero autorizado en representación de la compañía, a través de los siguientes canales: llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico, mensajería en físico, mensajería por aplicaciones o web (p.e. Whatsapp). Si desea no autorizar alguno de estos canales indique cuál(es): _____

Todos los anteriores, dentro del horario de lunes a viernes y de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm.

FIRMA

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

El espacio de huella es de carácter obligatorio para los productos de Medicina Prepagada.

Huella índice derecho

Firme aquí